Rok LIII. Kraków, dnia 17. stycznia 1914. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni chemii organicznej Uniwersytetu w Paryżu.

Nowa metoda oznaczania ilości siarki w cieczach biologicznych

przez

W. Skarzyńskiego.

Desgrez i Ayrignac wykazali, że wydzielana z ustroju z moczem siarka pochodzi z rozpadu ciał białkowych, oraz że stosunek siarki w sulfoeterach do ogólnej ilości siarki wydzielanej, zależy od fermentacyi kiszkowej i pozwala na określenie jej przebiegu.

O ile siarka sulfoeterów, t. j. podwójnych siarczanów sodu (względnie potasu) i fenolu, indolu i t. p. wytwarza się w kiszkach, o tyle siarka nieutleniona, zwana również siarką obojętną, pochodzi głównie z wątroby.

Prace, które w ostatnich czasach ukazały się w tej sprawie (wymienię tu przedewszystkiem pracę Weissa), wyjaśniają w dostatecznej mierze, iż wydzielanie się siarki obojętnej wzrasta w tych przypadkach, gdy ustrój niszczy nadmiernie ciała białkowe; wzrost ten daje się zauważyć w przypadkach np. gruźlicy, jeszcze zaś silniej zarysowywa się w przypadkach raka.

Wynika stąd, że potrzeba oznaczania ilości siarki wydzielanej z moczem jest ważniejszą, niż oznaczanie chlorków i fosforanów, a dorównywa ważnością swą jedynie oznaczaniu ilości mocznika. Dotychczasowy brak jednak metody prostej, szybkiej, a zarazem dokładnej, nie pozwalał na zajmowanie się określaniem ilości siarki w pracowniach szpitalnych; w poszczególnych przypadkach dokonywano tego w pracowniach naukowych.

Metoda, polegająca na strącaniu siarczanów chlorkiem barowym, mimo swej prostoty teoretycznej, nastręcza często w praktyce wiele trudności, a przedewszystkiem pochłania nazbyt wiele czasu. Najprostszemi metodami badania są zazwyczaj metody objętościowe. Używana oddawna metoda interpolacyjna, polegająca na doprowadzaniu ilości siarczanów do wahania się w granicach możliwie zbliżonych do siebie, jest nieścisłą. W innej metodzie strąca się siarczany mianowanym chlorkiem barowym, którego nadmiar strąca się następnie chromianem potasowym. Rozbiór sprowadza się do oznaczania nadmiaru chromu przy pomocy jodu, który kolejno mianujemy tiosiarczanem sodowym. Sposób ten prócz dwu przesączań wymaga przygotowania aż czterech płynów mianowanych, które zmieniają swoje miano w stosunkowo krótkim czasie.

Powyższe względy skłoniły mnie do wypracowania prostego, szybkiego i dokładnego sposobu oznaczania ilości siarki w cieczach biologicznych, zwłaszcza zaś w moczu. W ostatnich czasach pracowałem nad tą sprawą przy współudziale p. R. Gauvina, szefa pracowni urologicznej Dra. Cathelina.

Przed kilku laty Raschig ogłosił pracę, w której nadmienił o możliwości określania ilości siarczanów rozpuszczalnych przy pomocy benzydyny. Nasuwa się pytanie, czy sposób ten, tak prosty i dokładny, gdy chodzi o same tylko siarczany, może być zastosowany do środowiska tak złożonego, jak mocz.

Związki kwasu szczawiowego, fosforowego, węglowego i moczowego z benzydyną są mało rozpuszczalne w wodzie, natomiast bardzo łatwo rozpuszczają się w niej w obecności kwasu solnego. Stwierdzenie tego faktu pozwoliło mi zastosować chlorowodan benzydyny, jako odczynnik.

Przekonawszy się z drugiej strony, że sulfoetery nie strącają się chlorowodanem benzydyny, przyjąłem następujący porządek w oznaczaniu wszystkich trzech stanów siarki, które znajdują się w moczu:

1) Oznaczanie ilości siarczanów.

2) Oznaczanie ilości siarki utlenionej (siarczany + sulfoetery).

3) Oznaczanie ogólnej ilości siarki (siarczany + sulfoetery + siarka nieutleniona).

Różnica między 2) i 1) da nam ilość sulfoeterów, różnica między 3) a 2) — siarkę nieutlenioną. W przypadkach drugim i trzecim związki siarki przetwarzamy w siarczany, wszystko zatem sprowadza się, podobnie jak w wypadku pierwszym, do oznaczania siarczanów.

Traktując siarczan sodu (wzgl. potasu) chlorowodanem benzydyny, otrzymujemy chlorek sodowy (wzgl. potasowy) oraz obojętny siarczan benzydyny, nierozpuszczalny w nadmiarze odczynnika.

$$SO^4Na^2 + \begin{array}{l} C^6H^4AzH^2 \\ | \\ C^6H^4AzH^2 \end{array}, 2HCl = 2NaCl + \begin{array}{l} C^6H^4AzH^2 \\ | \\ C^6H^4AzH^2 \end{array}, SO^4H^2$$

Obojętny siarczan benzydyny rozszczepia się we wrzącej wodzie, dając wodan benzydyny oraz wolny kwas siar-

kowy, którego ilość oznaczyć możemy mianowanym roztworem wodzianu sodowego w obecności fenolftaleiny jako wskaźnika.

Rozczyn chlorowodanu benzydyny przygotowujemy w sposób następujący: 20 gr. benzydyny, jak najdrobniej sproszkowanej, rozcieramy w moździerzu porcelanowym z 25 centym. sześcien czystego stężonego kwasu solnego, dolewając potrochu 50 cent. sześciennych wrzącej wody przekroplonej; rozcieńczamy następnie ciepłą wodą aż do objętości jednego litra. studzimy i przesączamy.

100 ctm^3 powyższego rozczynu po rozcieńczeniu wodą do objętości 1 litra daje rozczyn chlorowodanu benzydyny, którym posiłkujemy się przy strącaniu siarczanów.

1) Oznaczanie ilości siarczanów.

Do zlewki o pojemności 500 ctm^3 wprowadzamy przy pomocy pipetki 20 ctm^3 przesączonego moczu, zobojętniamy w obecności papierka lakmusowego, zakwaszamy 2 ctm^3 rozcieńczonego (1 do 10) kwasu solnego [1]) i dodajemy 350 ctm^3 (t. j. nadmiar) wyżej wspomnianego rozczynu benzydyny, mieszając silnie pręcikiem w celu przyspieszenia tworzenia się osadu. Siarczan benzydyny, nierozpuszczalny w nadmiarze chlorowodanu benzydyny, osadza się całkowicie po 15—20 minutach, osad ten przesączamy, posiłkując się pompą ssącą i lejkiem Büchnerowskim. Resztki osadu, przylegające do ścianek zlewki, zmywamy rozczynem chlorowodanu benzydyny, sączek przemywamy kilkoma ctm^3 wody, poczem osuszamy go z lekka przy pomocy pompy. Sączek wraz z osadem wprowadzamy do kolby Erlenmayerowskiej o pojemności $^1/_4$ litra. Osad, przylegający do ścianek lejka, zbieramy pręcikiem (z gumką na końcu), zmywamy go 20—30 ctm^3 wody, dodajemy 2—3 krople dwuprocentowego rozczynu fenolftaleiny w alkoholu i nagrzewamy aż do wrzenia. Nie zdejmując kolby z ognia, określamy ilość wolnego kwasu siarkowego decynormalnym rozczynem wodzianu sodowego. Odczynnik ten wprowadzamy do płynu, przy pomocy oznaczonej (do $^1/_{10}$ ctm^3) pipetki lub biuretki aż do chwili, kiedy otrzymamy silne zabarwienie, trwające przez czas kilkuminutowego wrzenia.

Ilość siarczanów, znajdujących się w jednym litrze moczu (wyrażona w gramach przez kwas siarkowy), określa się iloczynem zużytego decynormalnego rozczynu wodzianu sodowego (w centym. sześcien.) przez 0,245.

$$\frac{n\ ctm^3 \times 0{,}0049}{20\ ctm^3} \times 1000 = n \times 0{,}245$$

2) Oznaczanie ilości siarki utlenionej (siarczany + sulfoetery).

W celu przetworzenia sulfoeterów w siarczany, zmydlamy je, gotując z kwasem solnym.

Do kolby Erlenmayerowskiej o pojemności $^1/_4$ litra wprowadzamy 20 ctm^3 przesączonego moczu, dodajemy 20 ctm^3 rozcieńczonego (1 do 10) kwasu solnego, gotujemy w ciągu 15 minut, studzimy, wlewamy do półlitrowej zlewki, kolbę zmywamy wielokrotnie wodą przekroploną, płyn zobojętniamy ługiem sodowym, zakwaszamy 2 ctm^3 rozcieńczonego (1 do 10) kwasu solnego, dodajemy 350 ctm^3 rozczynu chlorowodanu benzydyny, dalej postępujemy jak w przypadku pierwszym.

3) Oznaczanie ogólnej ilości siarki (siarczany + sulfoetery + siarka nieutleniona).

W przypadku tym próbowałem stosować różne metody, używane w celu przetwarzania siarki nieutlenionej na siarczany, zwłaszcza metody najszybsze i najdokładniejsze. Nie wszystkie jednak dały wyniki zadowalniające. Metoda, polegająca na wyparowaniu moczu i prażeniu części stałych z azotanem i węglanem sodowym, daje liczby zbyt małe z powodu tworzących się przez redukcyę związków kwasu azotawego, zaś metoda, stosowana w toksykologii, polegająca na gotowaniu z dymiącym kwasem azotowym i nadmanganianem potasu, daje znów liczby zbyt wielkie. Sposób, który dał mi wyniki zadowalniające i który postanowiłem zastosować, jest zmienioną przezemnie metodą Folina [1]).

Do kolby Erlenmayerowskiej ($^1/_4$ litra) wprowadzamy 20 ctm^3 moczu przesączonego, dodajemy 0·20 grm chloranu potasu i 20 ctm^3 rozcieńczonego (1 do 10) kwasu solnego, poczem gotujemy w ciągu 20 minut. Nie zdejmując kolby z ognia, dodajemy następnie (kroplami) 1 ctm^3 dziesięcioprocentowego rozczynu cukru [2]), gotujemy jeszcze przez 3 do 5 minut, studzimy, wlewamy zawartość kolby do zlewki o pojemności $^3/_4$ litra, zobojętniamy wodzianem sodowym, zakwaszamy 2 ctm^3 rozcieńczonego (1:10) kwasu solnego, dodajemy 500 ctm^3 rozczynu chlorowodanu benzydyny, dalej postępujemy, jak w przypadku pierwszym i drugim.

Niżej podaję kilka wyników otrzymanych w różnych przypadkach.

1) Siarczany.

Strącanie chlorkiem barowym	Strącanie benzydyną	Różnica %
1,490	1,495	0,3 %
1.427	1,458	2 %
0,721	0.735	1,9 %
0,687	0,698	1,3 %

2) Siarka utleniona.

Strącanie Ba Cl²	Strącanie benzydyną	Różnica %
0,804	1,838	1.8 %
1 810	1,825	0,9 %
0,946	0,968	2,3 %
0 891	0,907	1,8 %

Różnica między siarką utlenioną, a siarczanami da nam sulfoetery.

0.314	0,343
0.383	0,367
0.225	0,233
0,204	0,209

3) Ogólna ilość siarki.

Strącanie Ba Cl²	Strącanie benzydyną	Różnica %
2,932	2,916	0,6 %
3,014	2,989	0,8 %
2,111	2,083	1,3 %
1,510	1,495	1 %

[1]) W celu przeszkodzenia osadzaniu się szczawianów, fosforanów i t. p. N. B. Większy nadmiar kwasu solnego opóźnia osadzanie się siarczanu benzydyny.

[1]) Metoda ta, przy strącaniu siarczanów chlorkiem barowym, została zaniechana z powodu stałego otrzymywania zbyt dużych liczb, wskutek częściowego pozostawania chloranu barowego na sączku.

[2]) Cukier ma za zadanie usunięcie nadmiaru chloranu, który utleniając benzydynę, uczyniłby ją niezdolną do osadzania siarczanów.

Różnica między ogólną ilością siarki, a siarką utlenioną da nam siarkę nieutlenioną.

1,128	1,078
1,204	1,164
1,165	1,115
0,619	0,588

Metoda, którą proponuję, jest zatem zupełnie ścisłą; błędy popełniane nie wychodzą poza granice błędów, popełnianych we wszelkich metodach objętościowych. Dla oznaczenia wszystkich trzech stanów siarki wystarcza 60 ctm^3 moczu; w przypadkach, gdy nie rozporządzamy dostateczną ilością moczu, możemy równie dobrze operować z 10 lub 5 ctm^3, należy tylko pozostałe odczynniki zmniejszyć w tymże stosunku. W wypadku 5 ctm^3 poleciłbym używać bardziej rozcieńczonego rozczynu mianowanego wodzianu sodowego. W moczu, zawierającym dużą ilość ciał białkowych, należy je ściąć poprzednio przez nagrzewanie, następnie dopełnić wodą aż do dawnej objętości, wreszcie przesączyć. Metoda, którą podaję, pozwala na oznaczenie wszystkich trzech stanów siarki w niespełna trzy kwadranse, co jest wielką oszczędnością czasu w porównaniu z metodą barytową; pozwala ona wykonać wiele prób, dając temsamem większą pewność dokładności otrzymanych wyników. Metoda ta nie jest kosztowną z powodu względnej taniości benzydyny, którą zresztą po ukończeniu rozbioru zbierać można z kolb Erlenmayerowskich.

Z zakładu rentgenowskiego Dra Zygmunta Steuermarka w Krakowie.

Nowe metody leczenia nowotworów za pomocą promieni Röntgena.

Napisał

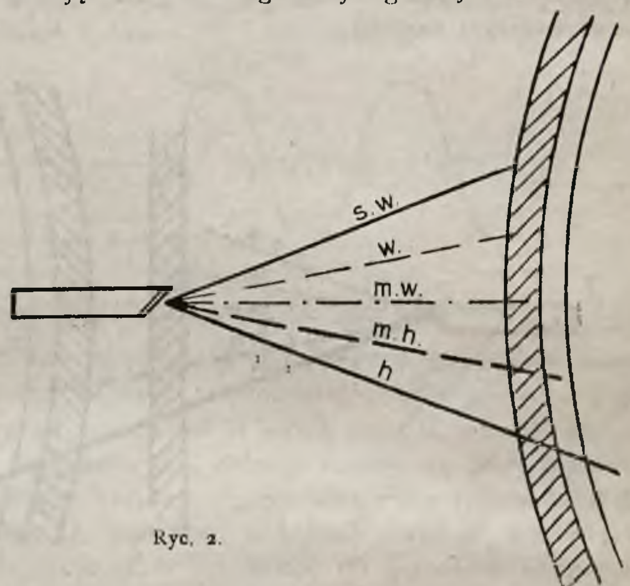
Dr Zygmunt Steuermark.

(Odczyt na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Krakowie d. 12 listopada 1913)

(Ciąg dalszy).

Dla łatwiejszego zrozumienia zjawisk, zachodzących w lampie Röntgena, niechaj mi wolno będzie podać następujące wyjaśnienia (Ryc. 2.): Snop promieni, wychodzący z lampy Röntgena, jest mieszaniną promieni t. zw. bardzo miękkich (s. w.), średnio-miękkich (w.), średnio-twardych (m. h.) i twardych (h.), które między sobą różnią się szybkością, oraz rozmaitym stopniem drążenia w głąb ciał, na które padają; promienie miękkie wchłaniają w znacznej mierze powierzchowne warstwy skóry, natomiast promienie bardzo twarde przechodzą z łatwością przez najgrubsze kości; pomiędzy bardzo miękkimi a bardzo twardymi promieniami istnieje cała skala promieni o rozmaitym stopniu twardości, a tem samem i o rozmaitej wnikliwości (sile drążenia wgłąb ustroju).

Nadto, co dla nas jest niezwykle ważne, promienie o różnej skali twardości posiadają też odmienne działanie biologiczne, podobnie, jak się rzecz ma ze światłem słonecznem, którego promienie czerwone i pozaczerwone są promieniami cieplnymi, a promienie fiołkowe i bardziej jeszcze poza-fiołkowe promieniami wybitnie chemicznymi. Stąd też wynika, że ogólne pojęcie promieni Röntgena nie jest pojęciem jednolitem i tem się też tłómaczy w zastosowaniu do praktyki rozbieżność wskazań i różnorodność wyników leczniczych u rozmaitych autorów, którzy dla leczenia tej samej sprawy posługiwali się częstokroć różnymi gatunkowo promieniami. Dotychczasowa rentgenoterapia używała przeważnie promieni o średnim stopniu twardości, a te w zastosowaniu do leczenia nowotworów, ulegając absorpcyi tylko w powierzchownych warstwach, w głębi albo nie wywierają żadnego działania, albo nawet wręcz przeciwnie, dochodząc do głębokich warstw w niewielkich tylko ilościach, drażnią je i pobudzają do tem energiczniejszego bujania.



Ryc. 2.

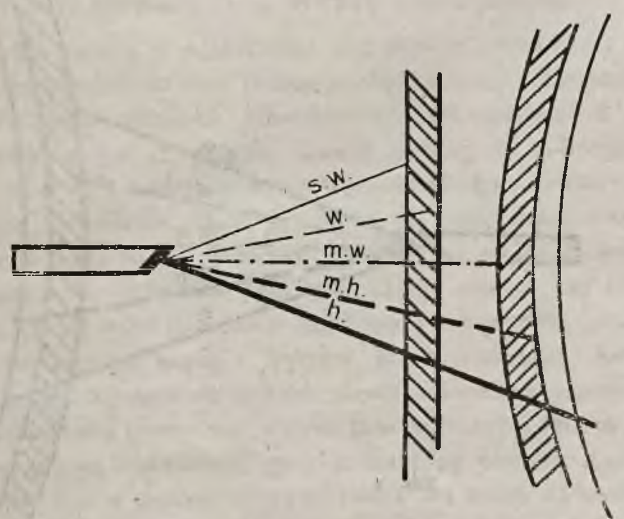
Pokazało się dalej dzięki badaniom Meyera i Rittera z Kiel, że twarde promienie, które dotychczas najczęściej starano się wyeliminować, działają pod względem biologicznym silniej, niż promienie miękkie, a zatem nietylko drążą wgłąb doskonale, ale dostawszy się do najgłębiej położonych komórek nowotworu, tam je dosięgają i wywołują tem silniejszy rozpad, im są twardsze.

Pomijam tutaj niezmiernie ciekawe doświadczenia obu tych autorów, a także szkoły francuzkiej (Regaud, Nogier, Spéder i inni), potwierdzone później przez Gaussa doświadczeniami na kijankach żab i nasionach grochu, jak również i różne hipotezy co do zmian w protoplazmie komórek nowotworu pod wpływem promieni; ograniczam się tylko do uwagi, że wrażliwość komórek nowotworu na promienie musi być większa, niż otaczających je zdrowych komórek, gdyż inaczej działanie to nie mogłoby być wybiórcze (electiv) i w równej mierze uległyby zniszczeniu komórki zdrowe, jak i nowotworowe.

A zatem do walki z nowotworami powinniśmy wyprowadzić z lampy Röntgena promienie jak najtwardsze i to w jak największej ilości; całe też dążenie nowoczesnej techniki na tem polu, co już teraz powiedzieć można, skierowane jest ku temu, ażeby te promienie, zbliżone do promieni γ, w stanie możliwie czystym, t. j. wolnym od domieszki innych promieni, w przyrządach naszych módz wytworzyć w jak najkrótszym czasie i w jak największej ilości. Ponieważ w snopie promieni, wychodzącym z lampy możliwie najbardziej twardej, t. j. takiej, której ciśnienie wewnętrzne odpowiada mniej więcej ciśnieniu 1/1000 mm

słupa rtęci, zawsze jeszcze znajduje się duża domieszka promieni miękkich i średnio-miękkich, dla skóry niebezpiecznych, przeto używamy dla ich wyeliminowania płyt glinowych (aluminiowych) grubości 3—4 mm jako filtrów: jest to drugi bardzo ważny czynnik dla ochrony skóry przed zapaleniem, oraz dla stworzenia gatunkowo jednolitego (»homogen« Dessauer) rodzaju promieni.

Trzecią zmianą w technice jest naświetlanie nowotworu tak zwanym ogniem krzyżowym, który polega na tem, że wybierając małe przestrzenie skóry, jako bramy, przepuszczamy przez nie filtrowane promienie i takich bram tworzymy jak najwięcej; w głębi nowotworu promienie sumują się jeszcze, a przez to osiągamy działanie niszczące w jeszcze wyższym stopniu.



Ryc. 3.

Wreszcie zbliżamy lampę Röntgena do 15 cm oddalenia jej ogniska od powierzchni skóry.

Ostatnią reformą jest stosowanie dawek bez porównania większych, niż te, które dotychczas nawet najśmielsi rentgenolodzy odważali się stosować; dawki te są tak olbrzymie, że na pierwszy rzut oka wydają się wprost awanturnicze i niewiarygodne. W dotychczasowej rentgenoterapii uważano za maximum 10 x, t. j. 10 jednostek Kienböcka, jako dawkę, której bezkarnie przekraczać nie wolno; dawka nieco wyższa wywołuje zapalenie skóry pierwszego stopnia, przy dalszem jej podwyższaniu po kilku dniach pojawia się oparzenie drugiego stopnia, a wreszcie i trzeciego stopnia, polegające na tworzeniu się niezwykle bolesnych wrzodów, które są istnym postrachem rentgenologów, gdyż goją się nieraz dopiero po latach i zawsze grożą, że nawet po zagojeniu się, po wieloletniej przerwie może na ich miejscu rozwinąć się kiedyś rak.

Toteż uprzedzenie do tych olbrzymich ilości promieni, stosowanych najpierw w ginekologii dla leczenia włókniaków i raków macicy, wywołało nieprzezwyciężony zrazu opór ze strony rentgenologów, wychowanych na dotychczasowych zasadach terapii, która operowała przeważnie promieniami o średniej twardości, i to albo wcale nie filtrowanymi, albo filtrowanymi niedostatecznie, n. p. przez blaszkę glinową grubości tylko 1—2 mm. Gdy więc dzięki bardzo sumiennym badaniom przeważnie szkoły francuzkiej, a także i niemieckiej (Meyer, Ritter, Gauss), przekonano się, że promieni bardzo twardych i dostatecznie filtrowanych można stosować 2 i 3 razy więcej bez obawy wywołania jakiegokolwiek zapalenia, zacżęto przy równoczesnym wyborze małych odcinków skóry, przez które wpuszczano promienie do wnętrza ustroju i przy wielkiej ilości tych odcinków dochodzić do 2000, a nawet i 10.000 x! (Bumm).

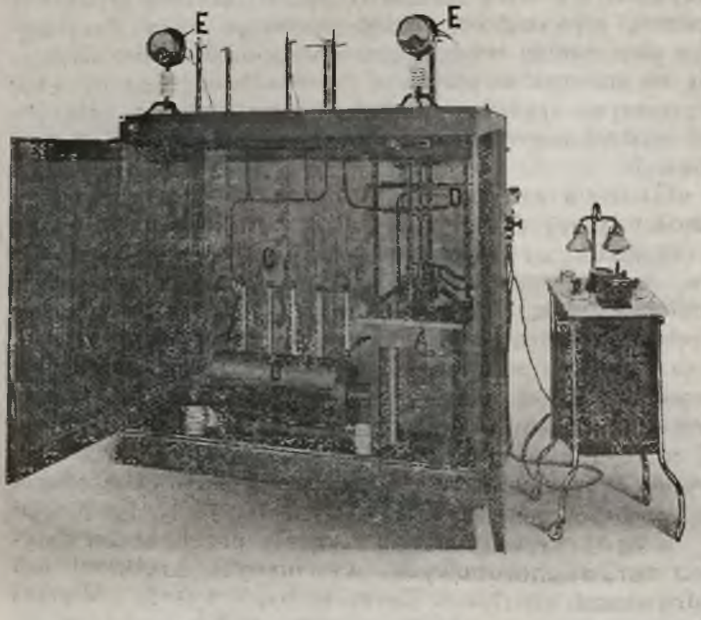
W ten sposób nauczyliśmy się stosować dawki wielokrotnie większe, niż dotychczas, i dopiero po tych olbrzymich wprost ilościach spodziewamy się wyników zupełnie odmiennych od dotychczasowych. A zatem dzięki tym biologicznym odrębnym własnościom promieni twardych możemy bez szkody dla tkanek, na które one w swej drodze trafiają, prażyć sam nowotwór tak wielką ich ilością, że o ile on tylko wogóle na nie jest wrażliwy, jego komórki muszą uledz rozpadowi i, jak to wykazały badania drobnowidowe, rzeczywiście też ulegają; równocześnie z otoczenia zaczyna bujać tkanka łączna, która opasuje gniazda rakowe coraz węższym pierścieniem, a z biegiem czasu z najgłębszych nawet warstw nowotworu w niektórych szczęśliwych przypadkach wycięte skrawki nic prócz postronków bliznowatych pod drobnowidem nie zawierają.

Takie są wyniki doświadczeń szkół ginekologicznych Kröniga, Döderleina, Bumma, Sellheima i t. d. To jest celem i ideałem nowoczesnej rentgenoterapii; jeżeli na wielkim materyale w praktyce z całą dokładnością powyższe zasady przeprowadzić będziemy mogli, będzie to jej niezwykłym tryumfem, gdyż stanie ona w pierwszym szeregu do walki ze złośliwymi nowotworami na równi z radem i mezotorem i będzie mogła z powodzeniem współzawodniczyć z zabiegiem chirurgicznym, który dzisiaj jeszcze stoi na pierwszem miejscu i stać będzie dopóty, aż doświadczenia powyższe nie zostaną potwierdzone ogólnie i uznane za niezbite.

Do szukania nowych dróg poza chirurgią zachęcić nas powinny w każdym razie słowa Czernego, który przed niedawnym czasem stwierdził, że pomimo całego udoskonalenia techniki operacyjnej w $^3/_4$ przypadków nowotworów operowanych występują przecież nawroty, a w ich następstwie śmierć. To samo już świadczy, jak niedostatecznym środkiem jest operacya.

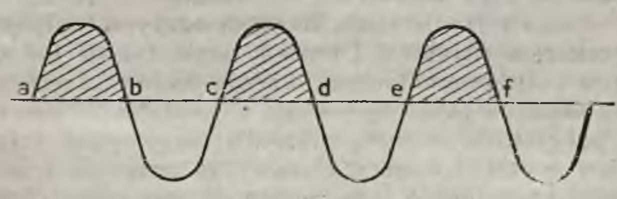
Jeżeli zatem mamy w praktyce przeprowadzić powyższe zmiany leczenia promieniami Röntgena, to przedewszystkiem musimy ulepszyć nasze przyrządy, bez czego dalszy postęp na tej drodze jest niemożliwy. Przyrządy te będą inne, niż przyrządy używane do celów rozpoznawczych, a zatem do prześwietlań i fotografii, gdyż dla wywołania na kliszy w obrazie odcieni, mniej lub więcej subtelnych, potrzebujemy właśnie promieni mieszanych, ulegających absorbcyi w różnych warstwach i tkankach stosownie do ich zbitości i gęstości; w naświetlaniach t. zw. głębokich, gdy n. p. idzie o nowotwór ukryty w głębi ciała, ta różnorodność (»Heterogenität« Dessauer) promieni jest tylko przeszkodą i niepotrzebnym balastem, gdyż wtedy nie rozporządzamy jednolitym pod względem biologicznym czynnikiem, nie lekarstwem o pewnym stałym składzie i działaniu, lecz mieszaniną, której każdy składnik ma inne działanie. Dlatego praktycznie niezmiernie ważną jest rzeczą zmienić dotyczasowy sposób wytwarzania promieni, ażebyśmy z przyrządów naszych pozbyli się tych, które z jednej strony narażają skórę na niebezpieczeństwo groźnego zapalenia, a z drugiej, rozgrzewając lampy, doprowadzają je do przedwczesnego zniszczenia.

Zadanie to zostało w ostatnich miesiącach praktycznie rozwiązane dzięki pracom Dessauera, który stworzył maszynę, przystosowaną do potrzeb leczenia głębokiego, którą jednak łatwo zmienić można także na przyrząd do celów rozpoznawczych.



Ryc. 4.
Maszyna Dessauera zreformowana.

Maszyna ta należy do przyrządów, nie mających przerywaczy, a zatem wolna jest od tych wszystkich wad, jakie wskutek przerywaczy właściwe są induktorom; wymaga ona prądu zmiennego, który otrzymuje się albo wprost z sieci miejskiej, tam gdzie on istnieje, albo gdy się ma do rozporządzenia tylko prąd stały, należy go zapomocą odpowiednich przyrządów, t. zw. przetwarzaczy A (fig. 4) zamienić na prąd zmienny. Prąd zmienny, używany dla celów technicznych, ma zazwyczaj 50 peryodów, czyli 100 faz, t. j. zmian kierunku na sekundę (fig. 5). (od a do b — faza dodatnia, od b do c — faza ujemna i t. d.; faza dodatnia i ujemna razem wzięte stanowią jeden peryod).

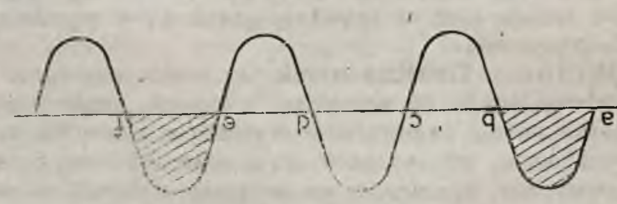


Ryc. 5.
Krzywa prądu zmiennego z 50 impulsami na sekundę.

Prąd ten w maszynie Dessauera wprowadza się do transformatora B (fig. 4), gdzie zamienia się go na prąd o wysokiem napięciu; z transformatora płynie on do opornicy C (fig. 4) głównie jednak przez specyalnie urządzony włącznik z igłami rotacyjnemi D (fig. 4) do lampy.

Punkt ciężkości wytwarzania szczególnie twardych promieni, a także i innych zalet przyrządu wypływa właśnie z urządzenia tego włącznika, gdyż reszta przypomina bardzo urządzenie maszyn amerykańskich pomysłu Snooka, które pod rozmaitemi nazwami: Ideal, Eresco, Transverter i t. d. wyrabiają rozmaite fabryki europejskie. W przyrządach Snooka również doprowadzamy prąd zmienny do transformatora dla zamiany na prąd o wysokiem napięciu, a zapomocą specyalnych przyrządów, zwanych przemiennikami (Hochspannungsgleichrichter) komutujemy fazę ujemną b—c (fig. 5) w przeciwnym kierunku, tak iż otrzymujemy wskutek tego t. zw. prąd stały tętniący (pulsierender Gleichstrom).

Tego rodzaju prąd ma bardzo wiele wad, głównie dlatego, że pochodząc z prądu zmiennego o 100 fazach, doprowadza do 100 impulsów czyli uderzeń prądu na sekundę do lampy, przytem siła jego dochodzić może do 50 MA. W następstwie takiego obciążenia z rozgrzanej metalicznej antykatody wydobywają się cząstki gazu do wnętrza lampy, przez co, mówiąc językiem technicznym, lampa prędko mięknie i zamiast twardych promieni, o które nam chodzi, wysyła promienie miękkie, które uważamy raczej za niepotrzebny balast.



Ryc. 5a.
Krzywa prądu zmiennego z 25 impulsami na sekundę.

Starano się zapobiedz temu przez dodatek specyalnego przerywacza, zwanego »rhytmeurem«, który przerywa prąd 120 razy na minutę, tak iż lampa przez $^1/_2$ sekundy świeci, a przez $^1/_2$ odpoczywa; również starano się przez wprowadzenie innych urządzeń doprowadzić tylko 50 impulsów do lampy (fig. 5), wszystkie te jednak środki nie wystarczają i czynią maszyny te specyalnie do głębokich naświetlań nieodpowiedniemi.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kneise. **Niektóre z moich doświadczeń na polu nowszej urologii** (zwłaszcza co do operacyi śródpęcherzowych). (Med. Klinik. 1913 Nr 42). K. ubolewa nad tem, że wielu lekarzy nietylko nie umie cystoskopować, ale nawet nie posyła swych chorych mimo uporczywego cierpienia dróg moczowych do cystoskopii. K. przytacza jaskrawe przypadki błędów rozpoznawczych z tego powodu i zgubnych skutków mylnego leczenia. Pamiętać należy o tem, że nieraz ciężkie cierpienia dają małe podmiotowe objawy, a nieraz zdarza się, że chory skarży się na ból po stronie zdrowej właśnie nerki. Operacye śródpęcherzowe, tak wdzięczne dla lekarza i chorego, nie mogą jeszcze znaleść ogólnego zastosowania, mimo że ta technika nie pozostawia obecnie wiele do życzenia. K. wyraża nawet zdanie, że każdy guz, który tylko da się usunąć śródpęcherzowo, powinien być na tej drodze usunięty. (Na zdanie to jednak niewielu chyba się zgodzi, bo nie chodzi tu o to, czy guz da się usunąć, lecz czy mamy pewność, n. p. przy guzach złośliwych, że usuniemy go w ten sposób doszczętnie. Przyp. sprawozd.). Gdy stosować się będzie szerzej cystoskopię, uniknie się często pomyłek rozpoznawczych i uchroni nieraz chorych od ostatecznych pogorszeń właściwej sprawy chorobowej, co powiedzieć można w szczególności o gruźlicy.

K.

Hohlweg. **Dalsze doświadczenia nad leczeniem zapalenia miedniczek przez ich przepłukiwanie.** (Münch med. Woch. 1913 Nr 26—27). Leczenie zapalenia miedni-

czek nie dawało dotąd dobrych wyników. Stosowano różne sposoby. Lenhartz zalecił picie dużej ilości płynów, inni środki odkażające mocz, jak salicyl i urotropinę, leczenie szczepionkami (Michaelis, Rovsing), Meyer-Betz zakwaszanie moczu przez podawanie kwasu fosforowego i t. p. Najpewniejszym jednak sposobem jest bezpośrednie miejscowe leczenie miedniczek przez przepłukanie ich. Na 17 chorych osiągnął autor u 15 wyleczenie, a w 12 przypadkach na pewno wyleczenie trwałe. Wynik bywa tu tak dobry, że, gdy go niema, można napewno twierdzić, iż prócz miedniczki zajęta jest nerka, lub drobnoustroje dostają się do nerek i moczu z innego narządu. Przeciwwskazaniami do tego leczenia są: większa ilość białka i ciałka ropne w moczu, stwierdzone zmiany nerki (gruźlica, roponercze, ropnie, kamienie). Do płukań używa autor rozczynów azotanu srebra, zacząwszy od 0·1%—1%; jeżeli to sprawia bóle, używa 5%—10% argyrolu lub 1/4 1/2% perhydrolu. Przepłukuje dwa do trzech razy w tygodniu przez 2—3 tygodnie, co zwykle wystarcza. K.

Widbolz. **Gruźlica nerek** (17. międzynar. Zjazd lek. w Londynie 1913). O wczesnych okresach gruźlicy nerek nie można mówić na podstawie wywiadów, albowiem nieraz bardzo znaczne zmiany nerki dają małe objawy, a naodwrót niewielkie ognisko w nerce może wskutek dalszych następstw wywołać wielkie dolegliwości, n. p. w razie zajęcia pęcherza; nawet zwykle (43%) dopiero objawy pęcherzowe kierują chorego do lekarza. Przy badaniu cechujące są: lekki białkomocz, nieraz zwiększona ilość moczu, obecność w moczu ropy i prątków gruźliczych (prątki mogą jednak przechodzić do moczu i przy zdrowych nerkach). Rozpoznać gruzlicę wtedy na pewno możemy, gdy prócz wspomnianych objawów cystoskopia i cewnikowanie moczowodów wykaże zaburzenie czynności nerki. Jednostronna sprawa w nerce jest bezwzględnem wskazaniem do wycięcia, a wszelkie inne sposoby leczenia są bezcelowe. Leczenie tuberkulinami nadaje się tylko do przypadków spraw obustronnych lub takich jednostronnych, gdzie operować nie można. Stan pęcherza poprawia się po operacyi; w razie potrzeby leczy się jeszcze pęcherz miejscowo (1/2—1% azotan srebrowy, 6% kw. karbolowy, jodoform, kreozot i t. p.). K.

Dermatologia i syfilidologia.

Nakano. **Próby uodpornienia czystemi hodowlami krętka bladego.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 116). Z doświadczeń autora wynika, że w surowicy królików, którym wstrzykiwano zabite krętki blade, można wykazać swoiste aglutyniny; precypityny wykazać się nie dają. Co do substancyi rozpuszczających krętki blade (lizyn), to można je spostrzegać jedynie w surowicy króliczej; w surowicy ludzkiej autor znaleść ich nie mógł. Swoiste wiązanie dopełniacza (komplementu) udało się autorowi również wykazać, ale jedynie tylko w niektórych przypadkach Uodpornienie czynne, zdaniem autora, nie da się przeprowadzić ani u królików, ani u ludzi, a surowica królików, którym poprzednio wstrzykiwano krętki blade, nie posiada wobec kiły u królików żadnych własności leczniczych. H L. Weber.

Sachs. **Kliniczne i doświadczalne badania nad wpływem barwików anilinowych na skórę ludzką i zwierzęcą.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 116) W bardzo obszernej pracy dowodzi autor, że działanie lecznicze maści i zasypek, sporządzonych z czerwieni szkarłatnej (Scharlachrot), nie jest dla tego barwika swoistem, a zupełnie takie samo działanie wywierają barwiki anilinowe (Krapplack, Gelblicht, Grünerlack i t. d.). Czerwień brylantowa (Brillantrot) n. p. zdaniem autora o wiele silniej pobudza ziarninę do bujania i ranę do pokrywania się naskórkiem, aniżeli dotąd używana czerwień szkarłatna H. L. Weber.

Kutznitzky. **Przyczynek doświadczalny i kliniczny do wydzielania się tłuszczów z gruczołów skóry.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1913). Według badań autora skóra dorosłego człowieka wydziela dziennie 1–2 gramów tłuszczu, skóra dzieci wydziela go stosunkowo nieco mniej. Zwiększone podawanie tłuszczów lub węglowodanów nie wpływa na zwiększenie się wydzieliny, wpływa natomiast podniesiona ciepłota otoczenia, zimno zaś tamuje wydzielanie się treści gruczołów łojowych. Autor tłómaczy sobie pokrywanie się skóry tłuszczem, pochodzącym z gruczołów łojowych, jako ochronę przed drobnoustrojami. Przy trądziku zwyczajnym występujące zawsze znaczniejsze wydzielanie się tłuszczu uważa autor za samoobronę ustroju, a nie za przyczynę trądzika. U ludzi cierpiących na cukrzycę ilość wydzielanego tłuszczu jest znacznie mniejsza od prawidłowej. H. L. Weber.

Cronquist. **Leczenie poronne wiewióra, w szczególności tylnej części cewki.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 114). Autor uzyskiwać miał 100% wyleczenia poronnego wiewióra tylnej części cewki, jeżeli leczenie, polegające na przepłukiwaniach, podanych przez Janeta, rozpocznie się natychmiast po stwierdzeniu zajęcia tylnej części cewki. Do przepłukiwań, które stosuje dwa razy dziennie, używa C. nadmanganianu potasu w rozczynie 1:10000–6000. Przy leczeniu poronnem wiewióra przedniej części cewki poleca 2% rozczyn albarginy, wstrzykiwany również dwa razy dziennie. Warunkiem wyleczenia jest i tutaj jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia. H. L. Weber.

Hügel. **Przyczynek do leczenia przetworami antymonu spraw chorobowych, wywołanych krętkami lub świdrowcami.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 118). Wyniki lecznicze, które w ostatnich czasach zdołano osiągnąć zapomocą połączeń arsenu, naprowadziły autora na myśl, czyby podobne połączenia pokrewnego ciała, jakiem jest antymon, nie działały w pewnych chorobach również dobrze, jeżeli nie lepiej. Połączenia, jak atoksyl i salwarsan, w których grupę arsenu podstawiono antymonem, okazały się bezwartościowemi lub daleko niżej od tamtych stojącemi, natomiast pewne inne organiczne połączenia antymonu, stosowane u zwierząt, dały autorowi nienajgorsze wyniki i zachęcają do dalszej pracy. Przetwory te, stosowane u ludzi dotkniętych kiłą, nie dały zadowalniających wyników. H. L. Weber.

Haslund. **Leczenie chorób skórnych śniegiem kwasu węglowego.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 118). Zdaniem autora przy leczeniu śniegiem kwasu węglowego bardzo wdzięczne wyniki dają liszaj rumieniowaty, znamiona, brodawki skórne, a w szczególności trądzik różowaty (acne rosacea), natomiast nabłoniaki, toczeń i łuszczyca do tego leczenia się nie nadają. H. L. Weber.

Boas i Ditlevsen. **Badania odczynu luetynowego Noguchiego.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 116). Po wstrzyknięciu podskórnem luetyny (czystej hodowli krętków bladych, zabitych przez ogrzewanie w ciepłocie 60° przez przeciąg pół godziny, + 0·5% trikresolu) otrzymywali autorowie odczyn zawsze dodatni u chorych ze zmianami trzeciorzędnemi i obarczonych kiłą wrodzoną, natomiast chorzy ze zmianami pierwotnemi, kiłą drugorzędną i porażeniem postępowem okazywali odczyn dodatni jedynie w małym odsetku; dodatnio oddziaływało również 15 na 124 ludzi zdrowych, którym wstrzykiwano luetynę dla kontroli. Autorowie przypuszczają, że odczyn ten powstaje może z powodu odmiennej wrażliwości skóry u ludzi dotkniętych kiłą trzeciorzędną; w każdym razie są tego zdania, że odczyn luetynowy nie powinien być uważany za odczyn swoisty, gdyż podobny odczyn spostrzegali u kiłowych również po wstrzyknięciu np. dwoinek Neissera lub prątka okrężnicy (bacterium coli). H. L. Weber.

Okulistyka.

Aurand. **Czynne cofanie się gałki ocznej z równoczesnem mrużeniem powiek, oraz porażeniem akomodacyi.** (Révue gén. d'opht. 1912, Nr 11) Chory 35-letni okazywał zaburzenia ruchomości na oku lewem,

istniejące od urodzenia. Przedstawiały one typowy obraz kliniczny, znany dopiero od lat niewielu, a mający za podstawę anatomiczną wrodzony brak mięśnia prostego zewnętrznego, którego miejsce zajmuje łącznotkankowe, włókniste i zupełnie niepodatne więzadło. Ten stan rzeczy sprawia zupełne zniesienie ruchomości ku skroni, a równocześnie następową bezsilność dobrze zresztą rozwiniętego mięśnia prostego wewnętrznego. Przy usiłowanej abdukcyi, t. j. przy skurczu tego mięśnia, gałka oczna nie może zwrócić się ku wewnątrz, lecz zostaje wciągnięta w głąb oczodołu. Równocześnie powieki przymykają się częściowo. W przypadku autora wszystkie te objawy występowały w wybitnym stopniu. K. W. Majewski.

Noiszewski. **Jaki wpływ wywiera wycinanie tęczówki na ciało rzęskowe?** (Postęp okul. 1912 Nr 12). Aby wyjaśnić zbawienny wpływ irydektomii przeciwjaskrowej, powołuje się autor na własne zapatrywania, jakie w swych dawniejszych pracach o jaskrze wyłuszczył. Zdaniem jego powiększenie ciśnienia śródocznego może być bezwzględne, albo względne. Bezwzględne zależy od czynników wewnątrz gałki i jest tak znaczne, że żadnej wątpliwości nie ulega. Względne powiększenie ciśnienia w gałce może być tylko dlatego uważane za nieprawidłowe, że jest wyższe od ciśnienia śródczaszkowego. Stąd to w przypadkach jaskry prostej napięcie śródoczne, wahające się w granicach 12—27 mm rtęci, a więc w granicach ciśnienia, które uznano za prawidłowe, jest dla oka szkodliwe i niebezpieczne jedynie dlatego, że ciśnienie śródczaszkowe jest jeszcze niższe. Tylko zachwianiem równowagi pomiędzy ciśnieniem w gałce, a pomiędzy ciśnieniem w czaszce dadzą się wytłómaczyć wszelkie postacie jaskry, do których powstania potrzebne są, względnie wystarczają tak rozmaite stopnie napięcia śródocznego. Pfluck wskazuje na niebezpieczeństwo poddawania uśpieniu skopolaminowo-morfinowemu osób, skłonnych do jaskry. Noiszewski twierdzi, że wpływa tu nie samo uśpienie, tylko przez nakłucie lędźwiowe chwilowe obniżenie ciśnienia w czaszce, wywołujące ostry napad jaskry. Powstanie jaskry prostej, nie zastoinowej, tłomaczy autor nie chwilowem, lecz stałem obniżeniem ciśnienia śródczaszkowego. Z tego powodu prawidłowy nawet ucisk śródoczny wystarcza, ażeby zagłębić brodawkę nerwu wzrokowego i doprowadzić do zaniku jego włókna. Bezwzględne powiększenie ucisku śródgałkowego, które znamionuje ostrą jaskrę zapalną, zależy w pierwszej linii od stanu narządu rzęskowego. Wycięcie tęczówki wywołuje częściowy zanik ciała rzęskowego. Doświadczenie uczy, że przy operacyi zaćmy u dzieci nie należy wykonywać irydektomii, bo częstokroć gałka oczna w następstwie wycięcia tęczówki pozostaje w tyle we wzroście, mięknie i pomniejsza się. Korzystny wpływ irydektomii w przypadkach jaskry zapalnej odnosi autor właśnie do tego zaniku ciała rzęskowego w części, odpowiadającej wyciętej tęczówce. Przypadki jaskry złośliwej, w której irydektomia zawodzi, a nawet wywołuje pogorszenie, tłómaczy N. nadmiernym zapalnym obrzękiem ciała rzęskowego, występującym wskutek operacyi.
K. W. Majewski.

Reis. **Określenie dojrzałości zaćmy starczej na podstawie biochemicznego odczynu soczewki.** (Postęp okul. 1912 Nr 6). Pojęcie dojrzałości zaćmy starczej jest głównie pojęciem klinicznem. Według obrazowego wyrażenia Arlta »zaćma taka leży w torebce, jak dojrzały owoc« i w tym okresie najłatwiej można ją wydobyć w drodze operacyjnej. Słusznie też zaznacza Landolt, że należałoby właściwie mówić nie o dojrzałości, ale o tem, czy zaćma nadaje się do operacyi. Badanie anatomopatologiczne schorzałych soczewek napotyka na wielkie trudności. Najpierw dlatego, że nie posiadamy dotychczas płynu utrwalającego, któryby nie zmieniał kształtu i objętości całej soczewki i poszczególnych jej włókien. Powtóre zaćmy, uzyskane do badania drogą operacyjną, najczęściej pozbawione są torebki, w której nabłonku zachodzą bardzo ważne i znamienne zmiany już w okresach początkowych. Dla określenia dojrzałości zaćm wyjętych posługuje się autor odczynem biochemicznym, mianowicie wprowadzonym przez Arnolda w r. 1910 odczynem cysteinowym w celu badania różnych ciał białkowych ustroju zwierzęcego. Autor rozciera części kory i jądra szpatułką na skrawkach bibuły, a po wysuszeniu w cieplarce zwilża kilkoma kroplami 5% nitroprusydku sodowego. Po dotknięciu tej roztartej warstewki pręcikiem szklanym, umoczanym w amoniaku, występuje w soczewkach prawidłowych bardzo wybitna barwa purpurowo czerwona. W miarę, jak się soczewka zaćmiewa, w częściach zmienionych nie występuje to zabarwienie purpurowe. Na podstawie licznych badań nad zaćmą starczą przekonał się autor, że zaćmę wówczas możemy uważać za zupełnie dojrzałą, gdy zarówno jej jądro, jak i kora, wykazują brak odczynu cysteinowego. K. W. Majewski.

Fox. **Nowsze operacye przeciw jaskrze.** (Ophthalmology, 1912 T. 19 Nr 1). Główną część swej pracy poświęca autor trepanacyi twardówki według metody Fergus-Elliota, zmienionej nieco przez siebie. Przed operacyą należy uzyskać możliwie znaczne zwężenie źrenicy zapomocą ezeryny, następnie po znieczuleniu gałki ocznej kokainą wycina się ponad rogówką szeroki płat spojówkowy w kształcie trójkąta wierzchołkiem zwróconego ku górze. Po należytem oddzieleniu spojówki od rogówki u podstawy płata, odwraca się płat ku dołowi i przystawia trepan Hippla o średnicy 15—20 mm do granicy rogówkowo-twardówkowej. Trepan puszczony w ruch wnet wycina okrągły otwór, a o tem, żeśmy już dotarli do przedniej komory, świadczy wytryskająca ciecz wodna, zmieszana zwykle z odrobiną krwi. Wycięty krążek twardówki zostaje zwykle w otworze trefiny, ale chociaż wpadnie do przedniej komory, to zdarzenie takie nie pociąga za sobą żadnych złych następstw. Jeżeli przez wycięty otwór wypada tęczówka, wystarczy zazwyczaj naciąć ją w kierunku południkowym. Gdy to nie pomaga, trzeba dodatkowo wykonać irydektomię. Wyniki ostateczne mają być na ogół zadowalniające.
K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie kliniczne d. 28. X. 1913.

1) H. Higier przedstawił rodzinę z 4 osób, dotkniętych dysostozą i **myopatyą** typu Marie-Totha.

2) Kopczyński St. przedstawił przypadek **żebra szyjnego.**

3) Dyskusya nad odczytem Erbricha (z d. 21. XI.): **O stosunku przewlekłych zwykłych i ropnych zapaleń migdałów podniebiennych do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardła i samych migdałów.**

a) Srebrny twierdzi, że wyłuszczenie migdałków powinno być wykonywane jedynie wówczas, jeżeli związek pomiędzy cierpieniem migdałków, a chorobą wewnętrzną jest niewątpliwy. Dowodów tego związku w spostrzeżeniach prelegenta Sr. nie widzi, a wnioski wysnute z tych spostrzeżeń uważa za zbyt bezwzględne i śmiałe. Stosując operacyę powyższą od lat kilkunastu, Sr. za pierwsze wskazanie do niej uważał ropnie okołomigdałkowe i częste nawroty ostrego zapalenia mieszkowego migdałków. Następnie stosował Sr. wyłuszczenie, jeżeli każdorazowemu zapaleniu migdałków towarzyszyło obostrzenie istniejącego zapalenia nerek lub wsierdzia, jeżeli w razie nawrotu cierpienia stawów stwierdzał wyraźne zapalenie lub zaczerwienienie migdałków ze skargami na ból gardła, jeżeli kilkakrotnie po zapaleniu migdałków chory długi czas gorączkował; wreszcie wskazanie estetyczne stanowił cuchnący oddech, zależny

od czopów w migdałkach. Sr. zna przypadki, w których długotrwała gorączka, zwłaszcza u dzieci przy istniejących czopach w migdałkach, po pewnym czasie ustępowała bez zabiegu operacyjnego; tyczy się to również nawrotu cierpień stawowych. U śpiewaków radzi Sr. zachować ostrożność, gdyż po wyłuszczeniu migdałków głos się zmienia. Związek przyczynowy pomiędzy wyłuszczeniem migdałków, a zmniejszeniem się gruczołów na szyi w przypadku prelegenta wydaje się Sr. wątpliwym. Rozrywanie zrostów pomiędzy migdałkami a łukiem, jako metoda otwierania ropni okołomigdałkowych, już przed wielu laty podane zostało przez J. Killiana. Wyłuszczanie migdałków stosowane jest w Europie od lat kilkunastu przez Winklera i Srebrnego. Wreszcie uważa Sr., że używanie nitki zamiast kleszczy do wyciągania migdałków podczas operacyi nie zasługuje na miano metody operacyjnej, i że wprowadzona przez prelegenta »tonsillitis desquamativa chronica purulenta« jest nową nazwą oddawna znanej choroby, a podział na »tonsillitis desquamativa chronica purulenta et non purulenta« nieuzasadniony. — b) Szmurło przypomina, że przed 22 laty J. Czajkowski stwierdził niewątpliwy związek pomiędzy cierpieniami migdałków a gośćcem stawowym, zapaleniem nerek i wsierdzia. Na podstawie pracy anatomopatologicznej o migdałkach Sokołowskiego i Dmochowskiego, oraz własnych badań, nie może się Sz. zgodzić na nazwę użytą przez prelegenta »tonsillitis desquamativa chronica purulenta«, gdyż w sprawie tej przeważają liczebnie komórki złuszczone. Właściwie sprawę tę uważać należy za przewlekły ropień okołomigdałkowy. Wyłuszczania migdałków dokonywano już oddawna, a niebezpieczeństwo operacyi nie jest większe, niż przy zwykłem wycięciu migdałów. Zdanie prelegenta, że we wszystkich przypadkach objawów suchości w gardle, przyczyny szukać należy w chorych migdałkach, Sz. uważa za zbyt kategoryczne. — c) Bronowski S. nie zgadza się, aby migdałki były wrotami zakażenia ustroju; przeciwnie tkanka limfoidalna migdałków zatrzymuje zarazki i broni ustrój od zakażeń zbyt gwałtownych. Tak zwane naloty na migdałkach są to widoczne skutki odbytej, lub jeszcze trwającej walki z zarazkami. Dlatego B. uważa migdałki za narządy obronne ustroju. Sprawy chorobowe w stawach i t. d. nie są następstwem sprawy ropnej w migdałkach, lecz raczej umiejscowieniem tego samego ogólnego zakażenia. Twierdzenia prelegenta mogą być uzasadnione jedynie w tych przewlekle przebiegających przypadkach, w których ogniska zakażenia już wszędzie wygasły, a ropienie pozostało tylko w migdałkach i oczywiście może być źródłem nowych zakażeń. — d) Bondy zaznacza, że rozpoznanie powiększenia gruczołów oskrzelowych napotyka nieraz na trudności. B. stwierdzał nieraz, iż przypuszczalne powiększenie gruczołów oskrzelowych, wywołujących stałe podwyższenie ciepłoty, nie było niczem innem, jak przewlekłem schorzeniem migdałków. Dlatego też w przypadkach wątpliwych należy pamiętać o tem cierpieniu. — e) Szumlański przytacza przypadek, w którym po wycięciu migdałków wystąpiły objawy basedowizmu. — f) Landau A. zaznacza, że wycięcie migdałków, a więc nieznacznej ilości tkanki adenoidalnej, nie powinno na ustrój wywierać wpływu szkodliwego. — g) Rembieliński wyjaśnia, że we wspomnianym przez Szumlańskiego przypadku lekkie objawy basedowizmu istniały już wcześniej, po usunięciu zaś migdałków zaostrzyły się. — h) Srebrny zaznacza, że wyłuszczenie migdałków nie pozostawia w ustroju żadnych stałych braków, zachodzi tylko pytanie, czy ustrój, pozbawiony migdałków, nie zostaje zarazem pozbawiony narządów ochronnych w walce z chorobami zakaźnemi. — i) Higier wierzy na zasadzie własnych spostrzeżeń, że wyłuszczanie migdałków usuwa liczne sprawy septyczne, cuchnienie z ust i objawy odruchowe przyrody nerwowej. Nie jest wyłączone, że i pewne ostro powstające sprawy mózgowo-rdzeniowe niewiadomego pochodzenia biorą swój początek w migdałkach. — k) Pawiński na mocy własnego doświadczenia podziela w zupełności zapatrywania prelegenta co do chirurgicznych zabiegów w przypadkach przewlekłych ropni migdałków.

l) Erbrich odpowiada, że wogóle dyskusya w przemówieniach niektórych kolegów nie dotyczyła sprawy poruszonej przez prelegenta, nie chodzi bowiem o powikłania po zapaleniu gardła, t. zw. anginie, ale o zależność przewlekłych cierpień ogólnych ustroju i niektórych cierpień pojedynczych narządów od przewlekłego ropnego zapalenia migdałów, sprawy pierwszy raz tak nazwanej i wyodrębnionej, jako »tonsillitis chronica purulenta«, przez prelegenta. Za najgłówniejsze wskazania do wyłuszczenia migdałów podniebiennych uważa E. obecność ropienia w migdałkach, które wywołuje w następstwie wymienione w odczycie rozmaite cierpienia. Co się tyczy różnicy między wycięciem, a wyłuszczeniem migdałków i wskazań do tych operacyi, to E. zaznacza, że wycięcie jest-to usuwanie kawałka migdała, jako zawady u małych dzieci do prawidłowego oddychania, a wyłuszczenie jest to pozbycie się gruczołu chłonnego tak zmienionego, że zmiany w gruczole pociągają za sobą poważne cierpienia w ustroju. Operacyę wyłuszczenia słusznie nazwał E. metodą, bo jako taka upraszcza ona znacznie dotychczasowe sposoby operacyjne i zapobiega przytrafiającym się przy stosowaniu innych metod krwotokom.

Tad. Borzęcki

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z d. 4. IV. 1913.

1) Prezes Radca Dr F. Chłapowski przedstawia t. zw. **phlebostat** Liliensteina z Nauheim. Składa się on z dwóch opasek, zakładanych na ramię i nogę, które na pewien czas wyłączają te kończyny z obiegu krwi, przez co ułatwiają pracę serca. U chorych z niewyrównanemi wadami sercowemi wywołuje to ulgę. Natomiast u zdrowych lub w przypadkach nerwic sercowych zmiany nie można stwierdzić. Przyrządu można też używać jako tonometru.

2) Następnie referuje Radca Dr Chłapowski **o Zjeździe fizyoterapeutów** w Berlinie. Było na nim wielu znakomitych przedstawicieli Francyi; Polaków, jak zwykle, nie było. Wielkie wrażenie wywarł wykład Rolliera z Leysin, który w swych zakładach leczy 650 dzieci gruźliczych słońcem, i to z nadzwyczajnym skutkiem. Po niewielu miesiącach leczenia dzieci, przedtem wprost kaleki, mogły biegać nago na nartach. Rollier poleca także w nizinach stosować metodę naświetlania słońcem nago.

W dyskusyi a) kol. Gantkowski zwraca uwagę, że insolacyą już dawniej zajmowali się partacze; naukowo dopiero w ostatnich czasach stosuje się to postępowanie. — b) Kol. Pawlicki podnosi korzystne działanie promieni Roentgena na gruźlicę kostną i zwraca uwagę na badania kol. Jezierskiego nad działaniem światła. — c) Kol. Jezierski zdaje sprawę ze swych doświadczeń nad działaniem światła czerwonego oraz niebieskiego i pozafiołkowego. Światło czerwone wywołuje silniejsze przekrwienie tkanki, pobudza zabliźnienie, podnieca komórki do rozrostu. Natomiast niebieskie wywołuje silną leukocytozę, na nabłonki nie ma wpływu podniecającego.

3) Walne Zebranie naznaczono na 26. kwietnia. Jako nowych członków przyjęto: kol. Dymnskiego z Wiesbadenu i Klimkiewicza z Wronek. — Kol. Karwowski zwraca uwagę na zmianę napięcia w prądzie elektrycznym miejskim, która ma wielkie znaczenie dla kolegów, posiadających przyrządy elektryczne. Kol. Karwowski podjął w tym kierunku akcyę, by magistrat nie poszkodował lekarzy. — Kol. Rydlewski referuje o sanatoryum w Reinerz, które nadawałoby się dla kolegi Polaka. — Kol. Fr. Zakrzewski zachęca do udziału w Zjeździe internistów polskich. — Kol. Łazarewicz zachęca do prac do zeszytu jubileuszowego »Nowin lekarskich«.

4) Kol. Chłapowski: **O czuciu narządów wewnętrznych.** Od dziesięciu lat Szwed Lennander zajmuje się tą sprawą. Stwierdził on, że narządy wewnętrzne, zaopatrzone w nerwy układu wegetatywnego, nie mają czucia, natomiast otrzewna i część opłucnej mają czucie, jako połączone z włóknami mózgowordzeniowemi. Niezupełnie godzą się na zapatrywania Lennandra Wilms, Ritter, Prosping, oraz Nothnagel, który zwrócił uwagę na bardzo bolesne kolki. Z Polaków sprawą tą zajmowali się Higier, Chełmoński i Pieniążek. Zamiast zbytecznego forsowania psychoanalizy powinni uczeni zająć się raczej zgłębieniem tego właśnie bardzo ciekawego zagadnienia. A. Karwowski

---

Organizacya pracy lekarskiej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie

skreślił

Dr J. Brudziński

lekarz naczelny szpitala.

(Ciąg dalszy).

Życzliwa i świtała pomoc internów niezbędna jest kierownikowi dla wtajemniczania się w całokształt życia instytucyi, oczywiście tego życia istotnego, związanego z zadaniami instytucyi. Nikt więcej, niż sumienny i świtały intern, nie jest powołany do poznania tego życia, wczucia się w nie przez długotrwałe stykanie się z wszelkimi jego przejawami, nikt więcej, niż intern, nie jest zdolny do popychania wskazówek w tym zegarze instytucyi z minuty na minutę, ale też nikt przez nieudolność nie może tak niepostrzeżenie a szkodliwie zatrzymywać lub cofać wskazówek tego zegara, jak właśnie intern. Kierownik wyrobiony dostrzeże to wreszcie, ale naprawa wymaga niepotrzebnego nakładu energii, a szkoda w każdym razie już się stała. Interni przez życzliwe, umiejętne wtajemniczanie kierownika w te strony życia instytucyi, które z natury rzeczy jego oka uchodzą, wyświadczają rzetelną przysługę instytucyi, a i sami korzystają, uczą się bowiem wyrabiać zdanie o sprawach instytucyi pod szerszym kątem widzenia, wyrabiają się życiowo-lekarsko, co nada ich indywidualności cechy pewnej powagi w ujmowaniu spraw lekarskich, związanych z tętnem życia, i to już pozostanie ich trwałym i niezmiernie pożytecznym nabytkiem. Zycie lekarskie późniejsze, nieraz tak ciężkie, już ich swą małostkowością nie zgubi, powagą zło życia zwyciężą. Nie każdy może być dobrym internem, każdy dla własnej przyszłości winien starać się być ideałem interna, a gdy nie czuje się na siłach, niech ustąpi miejsca ludziom powołania. Interni więcej, niż ktokolwiek inny z personalu lekarskiego, powinni być otaczani staraniem kierownika szpitala, bo oni sami kształcąc się, dźwigają, z nim najbliżej związani, ciężar rozwoju instytucyi. Muszą też mieć zapewnione spokojne warunki pracy. Pierwszym warunkiem jest bezwzględne oddanie swych sił i czasu instytucyi i samokształceniu; życie praktyczne nie powinno na pewien przeciąg czasu obchodzić internów. Stąd wypływa warunek niezajmowania się praktyką lekarską na mieście, bez tego warunku nie można sobie wyobrazić racyonalnej pracy internów w szpitalu. Zgadza się to zresztą z ich własnym interesem. Kształcąc się, nie można, jako już niby wykształcony, udzielać porad lekarskich, nie dlatego jedynie, że mogą one być nieudatne, lecz najgłówniej dlatego, że mogą być przypadkiem udatne i mącą wtedy poważny, konsekwentny kierunek myśli młodego lekarza. W samej instytucyi interni nie powinni być przeciążani pracą, powinni mieć czas, poza obowiązkami domowego lekarza instytucyi, na kształcenie się poważne kliniczne i laboratoryjne, na wypełnianie swych wiadomości pracą w bibliotece, którą też mieć powinni na miejscu w szpitalu. W pracowni, w bibliotece, zwłaszcza, gdy ta jest blizko miejsca ich dyżurów, jak to jest właśnie w szpitalu im. Karola i Maryi, spędzać mogą interni długie godziny popołudniowe w dnie swych dyżurów. Interni powinni również zaprawiać się do samodzielnego piśmienniczego opracowywania materyału szpitalnego i pod tym względem powinni być zachęcani przez kierownika szpitala i znajdować u niego pomoc i ułatwienia.

W szpitalu Karola i Maryi internów będzie trzech. Po za obowiązkami w dnie dyżurów, jeden z nich pełnić będzie obowiązki asystenta oddziału chirurgicznego, drugi obowiązki asystenta oddziału chorób wewnętrznych, trzeci obowiązki asystenta oddziałów zakaźnych. W szpitalu dziecięcym rozkład pracy internów ma doniosłe znaczenie znowu ze względu na obawę zawleczenia zakażenia. Wyobraźmy sobie, że w dniu dyżuru interna chirurgicznego zgłasza się do przyjęcia w godzinach jego zajęć na oddziale, dziecko z chorobą zakaźną; pomimo przedsięwzięcia sumiennego odkażania rąk, powrót jego po krótkiej chwili na salę operacyjną do opatrunków lub do asysty przy operacyi czystej, nie może być uważany za bezwzględnie nie niebezpieczny. Dość przypomnieć sobie skłonność dzieci do zakażeń przyrannych, aby rozniecić w sobie obawę. Gdy szpital ma trzech internów, rozkład pracy jest zupełnie możliwy; na przeciąg danego półrocza interni przynależą do oddziałów chirurgicznego, wewnętrznego, zakaźnego, w następnem półroczu zamieniają się na oddziały i t. d. Tym sposobem przechodzą praktycznie całokształt pedyatryi, a dla życia wewnętrznego ma to znaczenie doniosłe. Intern oddziału zakaźnego w danem półroczu pracuje jako asystent na oddziale zakaźnym przez to półrocze, pełni dyżury 24-godzinne kolejno ze swymi kolegami, co trzeci dzień, ale o ile zgłasza się do przyjęcia przypadek zakaźny w godzinach wizyt lekarskich na oddziałach (9—12 rano), załatwia on formalności przyjęcia codzień bez względu na to, czy to dzień jego dyżuru. Intern oddziału zakaźnego wynagrodzi sobie czas na to zajęty w następnem półroczu, a tym sposobem nietylko dwaj jego koledzy spokojnie mogą korzystać na swych oddziałach podczas wizyt ordynatorskich, ale unika się zawleczenia zakażenia na oddziały niezakaźne, zwłaszcza chirurgiczny. W godzinach popołudniowych nawet przypadki zakaźne przyjmuje intern dyżurny w danym dniu. Wizytacye popołudniowe na oddziałach (o godz. 5) odbywają interni, których dyżur danego dnia przypada, rozpoczynając od oddziału chirurgicznego, potem wizytują oddział chorób wewnętrznych z poddziałami jego — salą zakażeń jelitowych, salką gruźliczą, salką niemowląt, następnie oddział obserwacyjny, potem zapasowy (błoniczy), a dopiero na końcu oddział płoniczy. Wizytacya

internów poza informowaniem się pielęgniarki o stanie chorych dzieci i daniem jej wskazówek leczniczych, które muszą uledz zmianie wskutek pogorszenia się lub odmiany stanu chorego, czy też muszą być nanowo dane u chorych przyjętych popołudniu, powinna polegać na codziennych oględzinach każdego chorego co do możliwości choroby zakaźnej (oględziny jamy ustnej, gardła, skóry). Intern oddziału chirurgicznego, który w dniu swego dyżuru przyjmował popołudniu chorych zakaźnych i odbywał wizytacyę popołudniową oddziałów zakaźnych, nie może w dniu tym robić na oddziale chirurgicznym żadnych opatrunków, ani zabiegów. Rano przed udaniem się na oddział chirurgiczny w dniu po dyżurze intern powinien dokonać dokładnego osobistego odkażenia. W dniu dyżuru każdy z internów powinien przed udaniem się na spoczynek wizytować oddziały dla porozumienia się co do stanu chorych dzieci z dozorczyniami nocnemi każdego oddziału. W dniu dyżuru lekarz intern punktualnie o godz. 8 rano rozpoczyna pobieżną wizytacyę oddziałów, z uwzględnieniem tylko przypadków ciężkich i podejrzanych. Wizytacye ranne i popołudniowe internów oprócz wymienionych wyżej zadań powinny mieć na celu i przyjrzenie się całej działalności oddziału w chwili wizytacyi. Uwagi swe podają interni lekarzowi naczelnemu. Stosunek internów i całego personalu lekarskiego do personalu pielęgniarskiego powinien być pełen taktu i powagi; podczas spełniania swych czynności na oddziałach interni i inni lekarze nie powinni ani rozpoczynać, ani brać udziału w rozmowach, nie tyczących się chorych i życia oddziału.

Organizacya oddziałów. Trzy oddziały szpitala im. Karola i Maryi — oddział chorób wewnętrznych, chirurgicznych i zakaźnych — mają na czele ordynatorów. W sprawach administracyjnych wszyscy ordynatorzy podlegają lekarzowi naczelnemu. Oddziały chorób wewnętrznych i zakaźnych tworzą całość nietylko pod względem administracyjnym, lecz i pod względem lekarskim. Lekarz naczelny, który jest zarazem ordynatorem oddziału wewnętrznego z poddziałami: niemowlęcym, gruźliczym, chorób jelit i obserwacyjnym, odbywa wraz z całym personalem lekarskim raz na tydzień również wizytacyę oddziałów zakaźnych. Prowadzi oddziały zakaźne ordynator, który ma do pomocy asystenta eksterna z charakterem i tytułem pomocnika ordynatora na oddziale płoniczym; na oddziale błoniczym stałym asystentem jest intern »zakaźny« danego półrocza. Na stacyi obserwacyjnej stałym asystentem jest asystent ekstern, należący do oddziału chorób wewnętrznych. Na oddziale chorób wewnętrznych stałymi asystentami są: intern »wewnętrzny« danego półrocza i lekarz prowadzący pracownię, do którego należy oddział chorób jelit lub oddział niemowląt. Ordynator ambulatoryjny dla utrzymania związku ściślejszego z oddziałami szpitalnymi należy również w charakterze eksterna, prowadzącego łóżka, do oddziału chorób wewnętrznych, — dostaje do prowadzenia na zmianę oddział chorób jelit, oddział niemowlęcy, oddział gruźliczy lub 4 łóżka na sali ogólnej chorób wewnętrznych. Dla utrzymania związku z ambulatoryum, ordynator ambulatoryjny i lekarze specyaliści przedstawiają w soboty co dwa tygodnie ciekawsze pod względem rozpoznawczym lub leczniczym przypadki całemu personalowi lekarskiemu szpitala. Ordynator ambulatoryjny ma stałego pomocnika w ambulatoryum. Intern »wewnętrzny« ma obowiązek opisywania nowych chorych na oddziale chorób wewnętrznych, na łóżkach, które nie należą do wyżej wymienionych pomocników oddziału wewnętrznego. O ile na stacyi obserwacyjnej nie ma chorych, pomaga mu w tem asystent ekstern, który ma na stałe przydzieloną stacyę obserwacyjną. Ordynator oddziału chorób wewnętrznych odbywa wraz ze swymi pomocnikami wizytacyę chorych nowych codzień. Stan chorych tych, o ile przyjęci zostali dnia poprzedniego, powinien być przed wizytą ordynatora opisany na karcie szpitalnej. Podczas wizyty codziennej ordynator dla wyrobienia samodzielności w lekarzach prowadzących łóżka uwzględnia chorych, przebywających już dawniej na sali o tyle, o ile wymaga tego stan chorego, wtajemnicza się jednak obowiązkowo w stan i wyniki lecznicze u wszystkich chorych dwa razy na tydzień, podczas ogólnej wizyty ordynatorskiej. O ile ordynator przekonywa się, że któryś z pomocników nieodpowiednio obsługuje powierzonych jego pieczy chorych, cofa na pewien czas dane pozwolenie i poleca mu inne czynności pomocnicze. Lekarze prowadzący łóżka obowiązani są dokonywać wszelkich badań pomocniczych klinicznych i pracownianych, czy to z własnej inicyatywy, czy na zlecenie ordynatora. U każdego nowoprzybyłego chorego powinien być zbadany mocz w pracowni; dalsze badanie zależy od pierwszego badania i dalszego przebiegu. Pierwsze badanie powinno być całkowite. U każdego nowoprzyjętego na oddział wewnętrzny dziecka powinna być zbadana wydzielina z nosa i z gardła pod względem prątków błonicy, a w czasie epidemii i co do meningokoków, a to dla wykrycia roznosicieli zarazków (porteur de bacilles). Badania te, jako obowiązkowe i odpowiedzialne, należą do lekarza prowadzącego pracownię, któremu intern podaje do wiadomości nazwiska nowych chorych codzień rano i popołudniu. O ile dziecko przyjęto popołudniu w nieobecności lekarza prowadzącego pracownię, intern dyżurny szczepi na podłożu wydzielinę z nosa i z gardła i wstawia do cieplarki. Bada i odpowiedź daje sam kierownik pracowni.

(Dok. nast.).

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

Odroczony w roku 1913 I. higienistów polskich odbędzie się we Lwowie nieodwołalnie w dniach od 19. do 22. lipca 1914. roku.

Wśród licznych zagadnień zdrowotnych, jakiemi zająć się ma Zjazd, wysunięto na pierwszy plan jako bezpośrednio aktualne, dotyczące wszystkich ziem polskich, następujące tematy: Walka z gruźlicą. — Śmiertelność dzieci. — Sposoby krzewienia higieny wśród ludu. — Sprawa wychowania fizycznego.

Szczegółowy program po ustaleniu referatów w możliwie najkrótszym czasie podany będzie do publicznej wiadomości.

Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz Zjazdu Dr. Bronisław Kaczorowski, Lwów, Małeckiego 5.

Za Komitet gospodarczy: Prof. Dr. K. Panek.

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« ogłasza podobnie, jak w latach poprzednich, konkurs na sprawozdanie poglądowe, przedstawiające współczesny stan któregokolwiek z zagadnień, będących na dobie w medycynie. Sprawozdanie nie powinno przekraczać jednego arkusza druku.

Za najlepsze sprawozdanie, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1914, przyznane zostaną nagrody, na które przeznaczono 200 koron.

Przyznanie nagród nastąpi w ciągu stycznia 1915.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 14. I. 1914 posiedzenie, na którem Zarząd Towarzystwa zdał sprawę ze swych czynności w r. 1913.

— Prof. Dr. Stanisław Domański otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

— Doc. Dr. Józef Latkowski został mianowany prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych w krajowym szpitalu św. Łazarza.

— Walne Zgromadzenie Krajowego Związku lekarzy odbędzie się w Krakowie w niedzielę d. 18 stycznia 1914 o godz. 5 popołudniu w Domu lekarskim.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Julian Kłosowski, rodem z Sądowej Wiśni.

— Do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego nadeszło na ręce prof. dr. Ciechanowskiego pismo następujące, zredagowane po polsku:

»Szanowni Koledzy! Podpisana Redakcya jedynego lekarskiego czasopisma słowiańskiego na południu zwraca się do Was z prośbą o przystąpienie do koła naszych współpracowników. Nasz młody jeszcze lekarski ruch naukowy liczy na pomoc swych starszych siostrzyc słowiańskich. Nasz świat wiedzy i nauki starał się zawsze utrzymywać przyjazne stosunki z przodownikami wiedzy innych narodów, co nam się dotychczas najwięcej szczęściło u Czechów. Namby jednak niezmiernie wiele zależało na pozyskaniu szeregów polskich współpracowników i uczonych, ażeby oni swą obszerną wiedzą i polotem myśli wskazali nam nowe nieznane tajniki wiedzy, ażeby nam odkryli nowe drogi badań naukowych. Zwracamy się przeto do wszystkich kolegów zawodowych po piórze, ażeby zechcieli uwzględnić nasz odzew i posłali nam choćby najmniejszą pracę dla naszego pisma lekarskiego. Wdzięczni za wszystkie dary, z wyrazami wysokiego poważania. Redakcya Liječničkog Vijesnika w Zagrzebiu«.

Prosząc wszystkie pisma lekarskie polskie o powtórzenie tej odezwy jedynego czasopisma lekarskiego, jakie w trudnych nadzwyczaj warunkach wydają koledzy Chorwaci, nadmieniamy, że adres jego Redakcyi opiewa: Uredništwo Liječničkog Vijesnika, Zagreb, Bregovita ul. br. 2.

— Dr. medycyny, Polak, może otrzymać roczną posadę lekarza asystenta w jednym z większych zakładów psychiatrycznych, w Szwajcaryi. Pensya 2000 K rocznie i całkowite utrzymanie. Zgłoszenia należy kierować pod adresem: Kraków. Klinika neurologiczno-psychiatryczna. Prof. Dr. Piltz.

— Otrzymaliśmy następującą wiadomość:

»Ministerstwo spraw wewnętrznych przesłało na ręce Dra Jana Landaua jako prezesa subwencyę w kwocie 300 koron dla Towarzystwa »Nadzieja« »w uznaniu działalności Tow. w zwalczaniu gruźlicy wśród młodzieży«.

— Otrzymujemy następującą wiadomość:

»Kursa dla lekarzy, urządzonę staraniem grona prymaryuszy Szpitala krajowego we Lwowie w czasie od 11. do 20. grudnia, uwieńczone zostały zupełnem powodzeniem. Uczestników zgłosiło się 52, w tej liczbie 28 zamiejscowych, jużto lekarzy szpitalnych, jużto okręgowych, lub lekarzy praktykujących z różnych stron kraju, nadto 6 kolegów z za kordonu. Otwarcie kursu odbyło się w sali wykładowej Szkoły położnych, przyczem dyrektor szpitala dr. Józef Starzewski wypowiedział słowo wstępne, podnosząc znaczenie tego rodzaju kursów, a prymaryusz dr. Lenartowicz wygłosił wykład inauguracyjny p. t.: »Zdobycze ostatniego 10-lecia w nauce o kile«. W niedzielę, 14. grudnia, jako dniu wolnym od wykładów, zwiedzono nowy Zakład krajowy dla chorób zakaźnych, jakoteż uzdrowisko ludowe przeciwgruźlicze w Hołosku Wielkiem, nadto w jednym z dni Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie. Na zakończenie kursów odbyło się w sali hotelu francuskiego zebranie koleżeńskie, na którem na wniosek i życzenie uczestników postanowiono powtarzać kurs corocznie w tym samym terminie. **Najbliższy kurs we Lwowie odbędzie się zatem** w r. 1914, **w grudniu**, przed Świętami Bożego Narodzenia«.

— Dr. Ignacy Rosner, były lekarz miejski we Lwowie, obchodził przed kilku dniami 50-letni jubileusz doktoratu. W dniu jubileuszu przybyły do mieszkania Jubilata z życzeniami deputacye Izby lekarskiej, Krajowej Rady zdrowia i miejskiego Urzędu zdrowia.

Czcigodnemu Jubilatowi przesyłamy ze swej strony serdeczne »Ad multos annos!«

— Pod tytułem »Zdrowe życie« wydawać rozpoczął we Lwowie dr. Juliusz Bandrowski miesięcznik popularny, poświęcony przyrodo-lecznictwu, zdrowiu moralnemu i higienie osobistej.« Pierwszy zeszyt oprócz słowa wstępnego zawiera artykuły dr. W. Miklaszewskiego: »Zmierzmy się«, dr. T. Mischkego: »Kultura woli wogóle, a bodźce i rodnie woli wykonawczej«, dr. Apol. Tarnawskiego: »Starość

Kanta i jego higiena wieku podeszłego z uwagami Hufelanda«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. XII. do 31. XII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych — † —), krztuśca 4 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 4 † 1 (1 † —), odry 19 † 2 (— † —), duru brzusznego — † — (— † —), róży 1 † 1 (1 † 1).

— Od 1. I. do 3. I. 1914. błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 1 † — (— † —), płonicy 15 † — (1 † 1), odry 5 † —, (— † —), duru brzusznego 4 † — (— † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego w Lublinie, połączony z obchodem czterdziestolecia Towarzystwa lekarskiego lubelskiego, trwać będzie od 31 maja do 2 czerwca b. r. włącznie.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1914 prezesem ponownie Dr J. Pawińskiego, sekretarzem Dr Wacława Dobrowolskiego, pomocnikiem sekretarza Dr T. Jaroszyńskiego.

— Warszawskie Towarzystwo otolaryngologiczne wybrało prezesem honorowym Dr Herynga, prezesem Dr Srebrnego.

— Przewodniczącym zebrań gastrologicznych w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrano Dr Rejchmana, przewodniczącym zebrań neurologicznych Dr Radziwiłłowicza, a dermatologicznych Dr Watraszewskiego.

— Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego w d. 15. I. 1914 znajdowała się oprócz 13 komunikatów z zakresu nauk ścisłych, sprawa mianownictwa przyrodniczego.

— Monografia Dr Higiera p. t. »Viscerale oder vegetative Neurologie« (po polsku wydana w formie oddzielnych artykułów w czasopismach warszawskich), wyszła obecnie w tłumaczeniu angielskiem w Nowym Yorku.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 29. XII. 1913. do 5. I. 1914. przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 5 † —.

Dr Trenkner.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. stycznia 1914 o godz. 6 wieczór w domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Dr Talko-Hryncewicza: Antropologia i jej stosunek do medycyny.

Po posiedzeniu doroczna wieczerza koleżeńska.

Walne Zgromadzenie Związku krajowego lekarzy Galicyi i WKs. Krakowskiego odbędzie się w Krakowie **w niedzielę dnia 18. stycznia 1914 r. o godzinie 5 popołudniu** w Domu lekarskim przy ulicy Radziwiłłowskiej l. 4. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu poprzedniego Walnego Zgromadzenia; 2) Sprawozdanie Wydziału; 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej; 4) Wybór Zarządu na rok 1914; 5) Oznaczenie wysokości wkładki na rok 1914; 6) Wnioski Wydziału, wśród nich wniosek o zmianę stosunku do Związku państwowego organizacyi lekarskich w Austryi na wzór stosunku Organizacyi czeskiej; 7) Wnioski i zapytania delegatów.

Nadesłane.